

DEEL 3

Uitdagingen of beperkingen van innovatie

Nieuwe mogelijkheden, beproefde waarden: deontologische vragen over technologie in de geestelijke gezondheidszorg

Koen Korevaar

SAMENVATTING

Het inzetten van informatie- en communicatietechnologie in de klinische psychologie roept deontologische vragen op. Dit artikel geeft een overzicht van enkele deontologische thema's gerelateerd aan technologie in de klinische psychologie: privacy, evidencebased werken, autonomie van de cliënt, technologische competentie van de hulpverlener en de invloed op de werkrelatie. Deze thema's worden in verband gebracht met de basisprincipes uit de beroepscode voor Belgische psychologen. Nieuwe technologie stelt een uitdaging om deze beroepsethische waarden op een nieuwe manier toe te passen. Uit het basisprincipe van respect voor autonomie vloeien verplichtingen voort omtrent het beveiligen en zorgvuldig omgaan met gegevens, het eerlijk en duidelijk informeren van de cliënt, het bijhouden van (technologische) competentie, kwaliteitscontrole en het kritisch evalueren van nieuwe methoden.

Trefwoorden: geestelijke gezondheidszorg, e-health, beroepsgeheim, beroepsethiek

Inleiding

Veel domeinen van ons leven zijn door en door verweven met techniek, bijvoorbeeld onze manier van communiceren, werk en onderwijs. De reguliere gezondheidszorg maakt gebruik van bijzonder geavanceerde technologie. In het licht daarvan is het wonderlijk dat veel psychotherapie nog zo 'ambachtelijk', zonder het inzetten van techniek, wordt uitgevoerd. Cliënt en psycholoog maken een afspraak, waarbij sommige psychologen zelfs afzien van

het gebruik van e-mail. Er vindt een gesprek plaats tussen hulpverlener en cliënt, en aan het einde pakt de psycholoog zijn papieren agenda om de volgende afspraak te maken. Er komt geen muisklik bij kijken.

Toch is er reden om de vraag te stellen of het vasthouden aan dit klassieke model wel zo efficiënt is. Kazdin en Blase stelden in 2011 dat de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) niet tegemoetkomen aan de behoeften in de samenleving. Deze discrepantie is echter niet op te lossen door meer hulpverleners bij deze organisaties aan te stellen. Ook dan nog worden juist die mensen niet bereikt die de grootste behoefte aan zorg hebben. In de ggz zijn nieuwe types interventies nodig om te kunnen voldoen aan de noden in de samenleving aan klinisch psychologische hulp en kennis. Hierin kan technologie een centrale rol spelen. Te denken valt aan laagdrempelige (zelf)hulp via een website, een aantal contacten met een hulpverlener per e-mail of via een internetverbinding, of een app die helpt bij het volhouden van een gezondere levensstijl.

Er zijn goede argumenten voor het inzetten van technische toepassingen in de klinische psychologie, maar is er ook reden tot zorg? Hoe zit het met de privacy van cliënten? Zal dit onze relatie met cliënten niet veranderen? Is het menselijk contact niet essentieel in de psychotherapie? Dit artikel bespreekt enkele deontologische vragen gerelateerd aan technologie in de klinische psychologie. Daarbij zal de focus liggen op *e-mental health*: het inzetten van informatie- en communicatietechnologie in de ggz. Daaronder vallen onder andere online-hulpverlening, m-health (toepassingen op de mobiele telefoon) en het inzetten van technologische middelen in het kader van psychotherapie, zoals virtual reality voor exposurebehandelingen, of wearables die registraties kunnen verrichten. Dit artikel bespreekt de volgende deontologische thema's gerelateerd aan deze materie: privacy en beroepsgeheim, innovatie en evidencebased werken, autonomie en geïnformeerde toestemming, (technologische) competentie bij hulpverleners. Vervolgens wordt stilgestaan bij de vraag welke invloed deze toepassingen kunnen hebben op de werkrelatie van de klinisch psycholoog met zijn cliënten.

Privacy en veiligheid van cliëntgegevens

De eerste deontologische zorg die vaak genoemd wordt bij de inzet van nieuwe technologie, betreft de veiligheid van de cliëntgegevens. Als psycholoog en cliënt communiceren via chat of onlineverbinding, wordt gevoelige informatie uitgewisseld, waarbij alle partijen erop moeten kunnen vertrouwen dat deze verbinding veilig is. Wat de veiligheid van de persoonsgegevens betreft, zijn de volgende twee vragen te stellen: wie heeft toegang tot de cliëntgegevens, en zijn de cliëntgegevens goed beschermd, zodat mensen die niet geautoriseerd zijn deze niet kunnen raadplegen?

Wat de eerste vraag betreft, kan teruggevallen worden op de voorwaarden van het gedeeld beroepsgeheim (artikel 14, Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorschriften inzake de plichtenleer van de psycholoog [KB], 2014). Het beroepsgeheim veronderstelt echter een behandelrelatie met een professional die gebonden is aan het beroepsgeheim, waarbij de cliënt geïnformeerde toestemming heeft gegeven voor het behandelcontact. Daarom geldt het gedeeld beroepsgeheim alleen binnen de hulpverlening en de gezondheidszorg – dus

niet voor een app die iedereen kan downloaden of een zelfhulpwebsite. Binnen het gedeeld beroepsgeheim mogen gegevens gedeeld worden als de cliënt daar vooraf toestemming voor heeft gegeven en de hulpverleners met dezelfde cliënt werken in het kader van eenzelfde opdracht. Elektronische patiëntendossiers dienen bijvoorbeeld zo beveiligd te zijn dat alleen personen die een behandelrelatie hebben met de cliënt de gegevens kunnen raadplegen. In de praktijk is dit niet altijd het geval (College bescherming persoonsgegevens, 2013).

De belangrijkste bron van zorg betreft echter de kans dat gebruikersgegevens in handen komen van mensen die niets te maken hebben met de hulpverlening of de gebruikte applicatie. Het is al aangetoond dat bijvoorbeeld gedrag op Facebook zeer privacygevoelige informatie oplevert over onder andere seksuele voorkeur, persoonlijkheidskenmerken, politieke overtuigingen of middelengebruik (Kosinski, Stillwell, & Graepel, 2013). Toepassingen gerelateerd aan gezondheid, die in tegenstelling tot Facebook expliciet tot doel hebben om privacygevoelige informatie op te slaan, maken gebruikers kwetsbaar voor misbruik.

Het beschermen van privacy is altijd van belang geweest in de klinische psychologie. Door nieuwe technologische toepassingen neemt de vraag naar privacy en beveiliging van cliënt- of gebruikersgegevens echter een nieuwe en urgentere vorm aan, omdat gebruikersgegevens op grotere schaal dan vroeger gelekt kunnen worden, deze soms gedeeld worden zonder toestemming (zie bijvoorbeeld Blenner et al., 2016), en er met deze gegevens veel geld kan worden verdiend. Veel ontwikkelaars van nieuwe toepassingen hoeven echter niet overtuigd te worden van het belang van beveiliging: zij beseffen dat als het algemeen publiek geen vertrouwen heeft in de veiligheid van hun diensten, niemand daar gebruik van zal maken. Op deontologisch vlak betekent dit dat gebruikers vooraf op een eerlijke en transparante wijze geïnformeerd dienen te worden over de privacy, de beveiliging van gegevens en wat er met de gegevens gebeurt. Tegelijk dragen de ontwikkelaars van deze toepassingen een grote verantwoordelijkheid voor het beschermen van vertrouwelijke gegevens en het up-to-date houden van de beveiliging daarvan. Concreet houdt dit ook in dat een psycholoog die, enthousiast geworden door de nieuwe mogelijkheden, besluit om consulten via Skype te doen (zie kader), niet de meest veilige verbinding kiest en daarmee de privacy van zijn cliënt in gevaar brengt (Barnett & Kolmes, 2016; zie ook de paragraaf 'Competentie').

Casus: de drempel verlagen

Een ervaren psycholoog werkt in een landelijke omgeving waardoor cliënten relatief veel reistijd nodig hebben om naar zijn praktijk te komen. Hij besluit bij een agorafobische cliënt om een sessie via Skype te doen en zo de stap naar zijn praktijk kleiner te maken. Na een positieve reactie van zijn cliënt zet de psycholoog Skype vaker in, omdat hij merkt dat het voor cliënten praktischer is om af te spreken. Zij hoeven bijvoorbeeld niet vrijaf te nemen van hun werk. Deze sessies lijken de drempel tot zijn praktijk daadwerkelijk te verlagen. Maakt deze psycholoog een deontologische fout?

Innovatie en evidencebased werken

Zowel de deontologische code voor psychologen (artikel 32, KB, 2014) als de Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (2015; wijziging in 2016) stelt dat klinisch psychologen en psychotherapeuten dienen te werken vanuit een wetenschappelijk onderbouwd klinisch psychologisch referentiekader. Het inzetten van interventies die wetenschappelijk onderzocht zijn, is een belangrijk onderdeel van evidencebased werken, door de American Psychological Association (2006) gedefinieerd als de integratie van de beste wetenschappelijke kennis en klinische expertise, in het licht van de karakteristieken, cultuur en voorkeur van de cliënt.

Van veel vormen van onlinehulp is de effectiviteit aangetoond (Andersson & Cuijpers, 2009; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010; Cuijpers, Van Straten, & Andersson, 2008; Ebert et al., 2015; Griffiths & Christensen, 2006; Spek et al., 2007). Maar niet alle recente toepassingen zijn grondig onderzocht vooraleer zij door cliënten worden gebruikt (zoals in de testfase). Dit is eigen aan innovatie. Het spanningsveld tussen innovatie en evidencebased werken is niet specifiek voor techniek. Alle interventies die nu tot de gereedschapskist van de psycholoog behoren, waren ooit nieuw, experimenteel en nog niet voldoende onderzocht. Het categorisch afwijzen van nieuwe toepassingen houdt evolutie tegen. Wel is het van belang dat de ontwikkelaars van nieuwe toepassingen de grenzen van hun producten en methoden kennen (art. 33, KB, 2014), hier kritisch naar kijken en de effecten ervan trachten te evalueren (art. 31, KB, 2014). Het is deze zelfkritiek die wetenschappelijke toepassingen onderscheidt van pseudowetenschappelijke. Er zijn voorbeelden genoeg van onlinezelftests ('Ben jij een narcist? Doe de test') of apps waar deze zelfkritiek ontbreekt.

Uit het voorgaande blijkt dat innovatieve toepassingen nieuwe vragen oproepen over gegevensbeveiliging en de wetenschappelijkheid van de toepassingen. Ze vloeien voort uit de onderliggende vraag of deze toepassingen het belang van de cliënt centraal stellen. Deontologische waarden die aan deze vraag gerelateerd zijn, betreffen het bevorderen van de autonomie van de cliënt en het bieden van kwalitatieve hulpverlening door deskundige hulpverleners.

De cliënt centraal

Technologie die de belofte inhoudt van een gezonder, beter, gelukkiger leven, is commercieel interessant. Klinisch psychologen, maar ook anderen kunnen zich op deze 'markt' storten. Daarbij zal niet iedereen dezelfde afweging maken tussen commercieel belang en het belang van de gebruiker. Als commerciële belangen vooropstaan, kan dat gevolgen hebben die voor de gebruiker niet gunstig zijn. Er kan bespaard worden op grondig vooronderzoek en het uittesten van de toepassing. En in plaats van te leren zelfstandig met de klachten om te gaan, kan het langer (of permanent) gebruiken van de aangeboden diensten aangemoedigd worden.

Bovendien kan het voor potentiële gebruikers moeilijk zijn het kaf van het koren te scheiden. Daarom kan het werken met kwaliteitscriteria die getoetst worden door een onafhankelijke organisatie, helpen om dit domein voor potentiële gebruikers inzichtelijker te maken. In

Nederland heeft het Trimbos-instituut, in samenwerking met ggz-professionals, een kwaliteitskeurmerk ontwikkeld voor onlinehulp. Zij kennen dat toe aan onlinehulptoepassingen als deze actief, planmatig en doelgericht zijn, met het oog op de bevordering van geestelijke gezondheid of preventie (<https://www.onlinehulpstempel.nl>). De criteria waaraan moet worden voldaan, betreffen onder andere de gebruikersvriendelijkheid, de effectiviteit, de transparantie (bijvoorbeeld over de kosten), de techniek en veiligheid. Met het oog op het belang van de gebruiker is een van de criteria dat bij de ontwikkeling van het aanbod de gebruikers zelf betrokken zijn geweest.

De vereiste tot transparantie sluit aan bij een basisprincipe in de gezondheidszorg dat het belang van de cliënt centraal stelt: de geïnformeerde toestemming. Dit omvat veel meer dan alleen de formaliteit van het ondertekenen van een formulier of een behandelplan. Het gaat om het verhogen van de autonomie van de cliënt, door hem geïnformeerd te houden over de behandeling en te ondersteunen in zijn keuzes. Het morele uitgangspunt om de autonomie van de cliënt te bevorderen, wordt ondersteund door praktische argumenten: een cliënt die de ervaring heeft dat hij goed geïnformeerd wordt en dat er naar hem geluisterd wordt, zal zich meer inzetten voor zijn behandeling, wat kan leiden tot betere behandelresultaten (Doyle, Lennox, & Bell, 2013).

Het principe van geïnformeerde toestemming geldt ook bij onlinehulpverlening en het inzetten van technologie in de hulpverlening (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013). De professional moet de gebruiker informeren over het doel van de interventie, de voor- en nadelen, eventuele alternatieven, de kosten, rechten en plichten, en hoe omgegaan wordt met zijn gegevens. Specifiek voor onlinehulp stelt het Trimbos-instituut bovendien dat de aanbieders transparant zijn over de financiering van de toepassing, de criteria voor toelating tot de interventie, en de opleiding en bevoegdheid van de inhoudelijk begeleider.

In het kader van geïnformeerde toestemming is het belangrijk om na te gaan of de aangeboden hulp aan de verwachtingen van de cliënt voldoet. De cliënt moet bijvoorbeeld op de hoogte zijn van de vereiste zelfstandigheid en intrinsieke motivatie tot verandering die van hem verwacht wordt, en moet geïnformeerd worden over de mogelijkheden tot intensievere begeleiding als het zelfstandig werken te hoog gegrepen blijkt te zijn.

Competentie

Kwalitatief hoogstaande hulp met gebruik van nieuwe technologie aanbieden, vraagt om specifieke competenties (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013). De psycholoog dient te beschikken over een combinatie van klinische en technische deskundigheid (Barnett & Kolmes, 2016). In de beschreven casus (zie supra) biedt een ervaren klinisch psycholoog/psychotherapeut consulten via internet aan zonder technisch goed onderlegd te zijn. Ondanks zijn klinische ervaring overschrijft hij daarmee zijn competentiegebied. Hij dient op de hoogte te zijn van de technische vereisten voor het bewaken van de privacy van de cliënt. Dit veronderstelt voldoende kennis over de gebruikte (software)programma's, internetverbindingen, privacysettings en computerbeveiliging (Barnett & Kolmes, 2016). Deskundigheid houdt ook in dat de hulpverlener de

sterktes en zwaktes kent van de verschillende (software)programma's om ervoor te zorgen dat hij het programma gebruikt dat het beste aansluit bij zijn werkwijze, het beoogde doel en de behoeften van zijn doelgroep. Hij moet de benodigde digitale communicatievaardigheden hebben, technische problemen kunnen verhelpen die tijdens het cliëntencontact kunnen ontstaan, en in het kader van geïnformeerde toestemming moet hij de cliënt kunnen informeren over eventuele alternatieve toepassingen. Door het volgen van trainingen kan men deze technische competentie verwerven.

Deskundigheid, privacy/beroepsgeheim, kwaliteit en autonomie zijn basisprincipes uit de beroepscode voor psychologen. Naast deze thema's duiken soms vragen op die een minder duidelijke relatie hebben met deze deontologische principes. Het betreft enerzijds de vraag of e-mental health leidt tot veranderde hulpverleningsrelaties (in het vervolg wordt aangetoond dat dit een empirische vraag is), anderzijds of de toenemende verstrengeling tussen gezondheid en techniek leidt tot een veranderde verhouding tot onszelf (een filosofische vraag).

Veranderende hulpverleningsrelaties

In de psychotherapie wordt al decennia discussie gevoerd over de vraag of het nu vooral de interventies zijn die psychotherapie effectief maken, de werkrelatie, of de combinatie van die twee. Ook al hanteren klinici uiteenlopende referentiekaders, toch lijken ze in de praktijk het eens te zijn dat een goede werkrelatie een voorwaarde is voor een succesvolle behandeling. Dit kan verklaren waarom niet alle behandelaars e-mental health en m-health met open armen ontvangen. Deze toepassingen kunnen invloed hebben op de werkrelatie met de cliënt. Denk aan online-interventies waarbij de cliënt zelfstandig opdrachten uitvoert, daarbij periodiek bijgestaan door zijn behandelaar. Dit heeft een weerslag op de behandelrelatie en raakt daarmee aan wat veel klinici zien als het 'hart' van hun praktijk.

Bij de vraag naar de invloed van technologische toepassingen op de behandelrelatie, kan direct een aantal interventies worden onderscheiden waarbij de werkrelatie niet wezenlijk lijkt te veranderen. Denk aan cliënten die een regulier contact hebben met een behandelaar (bijvoorbeeld wekelijks face-to-facecontact), maar waarbij nieuwe technologie ingezet wordt. Bijvoorbeeld: het inzetten van virtual reality in het kader van exposurebehandeling bij hoogtevrees of claustrofobie (zie bijvoorbeeld: Powers & Emmelkamp, 2008), of het gebruik van apps voor registraties of als reminder voor het uitvoeren van opdrachten. Bij kinderen valt te denken aan het aanleren van vaardigheden door speciaal daarvoor aangepaste computerspelletjes (*serious games*). Hier wordt het behandelkader niet wezenlijk veranderd, terwijl anderzijds een enorme rijkdom aan nieuwe interventies mogelijk wordt. Als deze wetenschappelijk effectief zijn gebleken, voldoen aan de deontologische vereisten (zie supra) en aansluiten bij de wensen van de cliënt, is een verantwoording waarom men deze niet inzet eerder op zijn plaats dan een onderbouwing waarom ze wel worden toegepast.

Er is een tweede categorie van interventies waarbij onduidelijk is wat de impact is op de behandelrelatie. Bijvoorbeeld: reguliere therapie die via een internetverbinding wordt aangeboden. Dit zou ideaal kunnen zijn voor cliënten die afgelegen wonen of voor wie de stap naar de behandelaar letterlijk of figuurlijk te groot is. Daarbij is het de vraag in hoeverre

de psycholoog via een internetverbinding een werkrelatie met de cliënt kan opbouwen die evenwaardig is aan face-to-facecontact. Dit is een empirische vraag die door wetenschappelijk onderzoek beantwoord kan worden. Er zijn aanwijzingen dat face-to-facecontact en onlinecontact even goede resultaten kunnen bewerkstellingen (zie bijvoorbeeld: Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014).

Ten slotte zijn er interventies die zeker van invloed zijn op de werkrelatie. Denk bijvoorbeeld aan vormen van hulpverlening waarbij de cliënten zelfstandig opdrachten uitvoeren die online worden aangeboden, met beperkt contact tussen cliënt en hulpverlener. In dit geval lijken vooral de opdrachten die de cliënt moet uitvoeren, centraal te staan, terwijl de therapeutische relatie van minder belang lijkt. De hulpverlener faciliteert, helpt, informeert en wordt vooral ingeschakeld als er problemen zijn. Is het verantwoord dat hierbij de nadruk komt te liggen op interventies?

Keijsers (2014, p. 159) noemt de stelling dat het type interventie er eigenlijk niet toe doet, maar dat het vooral de werkrelatie is die de therapie effectief maakt 'een mythe'. Specifieke behandeltechnieken doen er wel degelijk toe: bij bepaalde types problematiek zijn specifieke behandeltechnieken duidelijk beter dan andere. Dat pleit voor bijvoorbeeld vormen van blended hulpverlening waarbij de cliënt in het begin van het contact samen met een behandelaar een angsthiërarchie maakt en vervolgens de opdrachten zelf zo zelfstandig mogelijk uitvoert. Toch blijkt uit meta-analyses dat de kwaliteit van de therapeutische relatie een consistente correlatie van 0,22 tot 0,27 vertoont met het behandelresultaat (Keijsers, 2014). Dat betekent dat de werkrelatie toch een belangrijk element is in het bereiken van vooruitgang in de therapie. Wat betekent dit voor vormen van onlinehulpverlening met beperkt contact tussen cliënt en hulpverlener?

Mensen melden zich doorgaans bij een klinisch psycholoog of psychotherapeut – online of face-to-face – met een vraag naar verandering op het gebied van hun gevoelens, gedrag, relaties met anderen, of zin- of betekenisgeving. Om de een of andere reden zijn ze daar zelf nog niet in geslaagd. De rol van de hulpverlener is dan te zien als het begeleiden bij en naar een duurzame verandering. Dit kan door het toepassen van een uiteenlopend gamma van technieken van sociale beïnvloeding. Bijvoorbeeld: het helpen van de cliënt bij het formuleren van duidelijke en realistische doelen – mogelijk was de cliënt daarin vastgelopen. Of de cliënt staat ambivalent tegenover de verandering, waardoor het belangrijk is eerst de motivatie te bespreken. Ofwel, de cliënt heeft duidelijke en haalbare doelen voor ogen, is voldoende gemotiveerd, maar heeft te weinig vertrouwen in eigen kunnen om de verandering te volbrengen. In alle gevallen is de behandelaar voortdurend bezig met het creëren en bestendigen van de bereidheid om, door middel van psychotherapeutische technieken, tot verandering te komen.

Dit heeft implicaties voor e-health- en m-healthtoepassingen. Een belangrijk aandachtspunt voor onlinehulpverlening is de lage therapietrouw (Christensen, Griffiths, & Farrer, 2009; Van Daele, Vansteenwegen, Hermans, Van Audenhove, & Van den Bergh, 2013) en het grote aantal drop-outs (Melville, Casey, & Kavanagh, 2010). Daarbij kan het veelgehoorde argument voor onlinehulpverlening, namelijk dat veel mensen bereikt worden, omslaan in een nadeel: een grote groep mensen die concludeert dat psychologische hulpverlening niets voor hem of haar is. Dit wijst op het grote belang om bij de start van het contact, als geopteerd wordt om technologische toepassingen in te schakelen bij de behandeling, de verwachting

gen van de cliënt grondig te onderzoeken en eventueel bij te stellen. Dat wijst weer op de noodzaak van het goed informeren van de cliënt voordat van start wordt gegaan met de interventie (geïnformeerde toestemming).

Technologie, gezondheid en het quantified self

De combinatie van technologie en (geestelijke) gezondheid biedt de mogelijkheid om ook de relatie tot onszelf te veranderen, een tendens die al zichtbaar is in de maatschappij. Het valt buiten het bestek van dit artikel om hier diepgaand op in te gaan; we staan slechts kort stil bij de *quantified self*-beweging en de neiging om onszelf door middel van technologie voortdurend te verbeteren.

Veel apps die beogen onze (geestelijke) gezondheid in kaart te brengen, meten aspecten van ons gedrag of lichaam die potentieel interessant zijn in psychotherapie. Een cliënt kan bijvoorbeeld een hartslagmeter bij zich dragen, waarbij in de sessie de pieken in hartslag besproken kunnen worden zoals dat na een klassieke registratie van spanning ook zou kunnen gebeuren. Of, een cliënt met slaapproblemen kan door middel van een slaapptracker zijn slaappatroon in kaart brengen. Er zijn apps om voeding bij te houden, het energieniveau, het aantal minuten lichaamsbeweging, de hartslagvariabiliteit, het ademhalingspatroon enzovoort. Er is een groeiende groep mensen die daar gebruik van maken en de verkregen data inzetten om zichzelf voortdurend te verbeteren. Bijvoorbeeld: om efficiënter te kunnen werken, gezonder te leven of beter te slapen. Maar hierbij kunnen ook kritische vragen gesteld worden.

Ten eerste is het meten van gedrag of een lichaamsfunctie door middel van een apparaat niet zomaar gelijk te stellen aan een klassieke registratieopdracht in het kader van therapie. Een registratieopdracht is meer dan alleen informatieverzameling en is een interventie op zich. Het tellen van de getrokken haren bij de behandeling van trichotillomanie zal op zich vaak al leiden tot een reductie van het haartrekken. Het registreren van spanning bij de behandeling van burn-out gaat niet alleen om informatieverzameling, maar ook om het bewustmaken van de cliënt van zijn voortdurend verhoogde spanningsniveau, waardoor hij gemotiveerd kan raken om andere keuzes te maken of andere activiteiten in te plannen.

Daarmee hangt de (filosofische) vraag samen in hoeverre het voortdurend meten van het eigen gedrag bijdraagt tot zelfkennis. Mensen die hun ademhalingspatroon en hartslag van de afgelopen weken in een excelfile hebben vastgelegd, beschikken niet per se over meer zelfkennis. Dit komt omdat zelfkennis niet noodzakelijk kwantitatieve kennis is. Zelfkennis gaat ook over inzicht in de waarden die voor iemand belangrijk zijn, wat zijn of haar leven zin of betekenis geeft, of hoe bepaalde levensgebeurtenissen zijn blik op de wereld bepalen. Rogers (1961, p. 204) geeft voorbeelden van doorleefde, ogenschijnlijk simpele inzichten die cliënten meenemen uit hun psychotherapie: 'Ik ben anders dan anderen' of 'Eigenlijk ben ik egocentrisch.' Zin, betekenis of een andere kijk op je levensverhaal krijg je niet louter door empirische gegevens, hoe grondig je ook excelfiles met hartslagvariabiliteit onderzoekt. Het betreft hier het spanningsveld tussen empirische wetenschap en hermeneutiek, dat ook terug te vinden is in de psychotherapie.

Daarnaast is het de vraag hoe 'gezonder' het eigenlijk is om jezelf voortdurend te monitoren en te streven naar zelfverbetering. Onderzoek is nodig naar de motieven en het persoonlijk-

heidsprofiel van diegenen die aangetrokken worden tot het gebruik van apps voor het *self tracken*, en of de effecten daarvan louter positief zijn (zie bijvoorbeeld: Conner & Reid, 2012). Bovendien kan het een vorm van uniformisering in de hand werken ('Zet 10.000 stappen per dag'). Wellicht is het 'gezonder' om de tijd die wordt besteed aan dataverzameling, te besteden aan meer betekenisvolle activiteiten en te werken aan acceptatie van het feit dat wij de beoogde perfectie nooit bereiken, zowel in ons persoonlijk functioneren als in onze relaties, en dat wij vroeg of laat ziek worden, hoeveel stappen wij per dag ook zetten (zie ook: Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012).

Conclusie

Een belangrijke valkuil die in de discussie over technologie in de geestelijke gezondheid vermeden moet worden, is deze te vernauwen tot een of-ofverhaal. Door het inzetten van technologie gaat er niet iets verloren in de psychotherapie, zoals 'authentiek contact tussen hulpverlener en cliënt'. De klassieke vorm van een-op-eenhulpverlening heeft een bevoegde waarde en zal een belangrijk onderdeel blijven van de ggz (Kazdin & Blase, 2011). Het inzetten van technologie in de klinische psychologie brengt echter enorm veel nieuwe mogelijkheden met zich mee en kan ervoor zorgen dat nieuwe doelgroepen kunnen worden bereikt, terwijl andere doelgroepen beter geholpen kunnen worden. Veel toepassingen zijn al onderzocht en helpen cliënten bij het bereiken van hun therapiedoelen. Als in de toekomst de technologie in de ggz nog verder ontwikkeld is, kan verwacht worden dat het afzien van het gebruik van deze interventies – als wetenschappelijk onderzoek uitsluitsel heeft gegeven over hun werkzaamheid en als het gebruik aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt – kan worden gezien als het onthouden van de beste behandeling aan de cliënt.

Wel is het belangrijk dat voor potentiële gebruikers duidelijk is welke toepassingen goed beveiligd zijn, wat er met de gegevens gebeurt, en of de toepassingen voldoen aan kwaliteitscriteria, wetenschappelijk onderbouwd en onderzocht zijn. Op deze manier kunnen psychologen zich onderscheiden van andere spelers op de 'markt' van technologie en gezondheid. Dat houdt ook in dat psychologen die van deze toepassingen gebruik maken, over voldoende technologische competenties moeten beschikken om kwaliteitsvol werk te leveren.

Sommige technologische toepassingen kunnen onmiskenbaar deel uitmaken van een klinisch psychologische behandeling, andere toepassingen lijken ontwikkeld voor een bredere groep gebruikers, maar kunnen ook bij een therapie worden ingezet. Zeker in het eerste geval, waar de toepassing echt voor therapeutische doeleinden is ontwikkeld, dient het basisprincipe van de geïnformeerde toestemming te worden gehanteerd, ook om realistische verwachtingen bij de cliënt te scheppen en daarmee vroegtijdig afhaken te voorkomen.

De toekomst van het inzetten van technologie in de ggz is moeilijk te voorspellen – er zijn al robots ontwikkeld waarvan wordt beweerd dat ze 'therapie' kunnen aanbieden (<http://www.hansonrobotics.com/about>) – maar de steeds verdere integratie van deze twee domeinen is onvermijdelijk. Het is duidelijk dat de integratie van technologie en ggz gepaard dient te gaan met een reflectie over welke doelen wij willen bereiken – op welke manier wij willen leven – en of technologie die manier van leven bevordert dan wel verhindert.

Literatuur

- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 196-205. doi:10.1080/16506070903318960
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13, 288-295. doi:10.1002/wps.20151
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M.G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 5, e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196
- Barnett, J.E., & Kolmes, K. (2016). The practice of tele-mental health: Ethical, legal, and clinical issues for practitioners. *Practice Innovations*, 1, 53-66. <http://dx.doi.org/10.1037/prio000014>
- Blenner, S.R., Köllmer, M., Rouse, A.J., Daneshvar, N., Williams, C., & Andrews, L.B. (2016). Privacy policies of android diabetes apps and sharing of health information. *JAMA*, 315, 1051-1052. doi:10.1001/jama.2015.19426
- Christensen, H., Griffiths, K.M., & Farrer, L. (2009). Adherence in Internet interventions for anxiety and depression: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 11, e13. doi:10.2196/jmir.1194
- College bescherming persoonsgegevens. (2013). Toegang tot digitale patiëntendossiers binnen zorginstellingen (Onderzoeksrapport). Den Haag: Auteur. Geraadpleegd via autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/nieuws/cbp-zorginstellingen-onzorgvuldig-met-medische-gegevens
- Conner, T.S., & Reid, K.A. (2012). Effects of intensive mobile happiness reporting in daily life. *Social Psychological and Personality Science*, 3, 315-323. doi:10.1177/1948550611419677 <http://spps.sagepub.com>
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 169-177. doi:10.1007/s10865-007-9144-1
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3, e001570. doi:10.1136/bmjopen-2012-001570
- Ebert, D.D., Zarski, A.C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE*, 10, e0119895. doi:10.1371/journal.pone.0119895
- Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (10 mei 2015; wijziging 15 juli 2016). *Belgisch Staatsblad*, 18-06-2015/19-08-2016.
- Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2006). Review of randomized controlled trials of Internet interventions for mental disorders and related conditions. *Clinical Psychologist*, 10, 16-29. doi:10.1080/13284200500378696
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68, 791-800. doi:10.1037/a0035001

- Kazdin, A.E., & Blase, S.L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 21-37. doi:10.1177/1745691610393527
- Keijsers, G.P.J. (2014). Het grote psychotherapie-debat. Waarom zijn specifieke behandeltechnieken belangrijk voor het resultaat van psychotherapie en waarom de werkrelatie? *Tijdschrift Gedragstherapie*, 47, 148-172.
- Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorschriften inzake de plichtenleer van de psycholoog (2 april 2014). *Belgisch Staatsblad*, 16-05-2014.
- Kosinski, M., Stillwell, D., & Graepel, T. (2013). Private traits and attributes are predictable from digital records of human behavior. *PNAS*, 110, 5802-5805. doi:10.1073/pnas.1218772110
- Melville, K.M., Casey, L.M., & Kavanagh, D.J. (2010). Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 455-471. doi:10.1348/014466509X472138
- Powers, M.B., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561-569. doi:10.1016/j.janxdis.2007.04.006
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-28.
- Van Daele, T., Vansteenwegen, D., Hermans, D., Van Audenhove, C., & Van den Bergh, O. (2013). *Implementeren van online en GGZ-interventies in de thuiszorg: uitdagingen en mogelijkheden*. Leuven: Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin.

Summary

New possibilities, proven values: ethical issues in the use of technology in mental health

This article provides an overview of ethical issues related to the use of information and communication technologies in mental healthcare: privacy; evidence-based practice; patient autonomy, technological competence; and the effect on the therapeutic alliance. The article relates these issues to the basic principles of the ethical code of Belgian psychologists. New technologies present a challenge as they require a novel application of these ethical principles. The principle of respect for autonomy leads to obligations related to data security, honest and clear informing of clients, continuing education, quality control, and critical evaluation of new methods.

Keywords: mental health, e-health, e-mental health, confidentiality, privacy, professional ethics

Personalia

Koen Korevaar doceert beroepsethiek en klinische psychologie binnen de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Thomas More hogeschool, en werkt als klinisch psycholoog en gedragstherapeut in opleiding voor The Human Link (Antwerpen).

E-mail: koen.korevaar@thomasmore.be